

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ-SETOR LITORAL

JOICE MIGUEL DE MAGALHÃES RUTHES

**INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO**

**MATINHOS
NOVEMBRO/2011**

JOICE MIGUEL DE MAGALHÃES RUTHES

**INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO**

Trabalho apresentado ao curso de Especialização em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar, Universidade Federal do Paraná, setor Litoral para obtenção do título de especialista.

Professora orientadora: Milene Zanoni da Silva Vosgerau.

**MATINHOS
NOVEMBRO/2011**

RESUMO

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Vários estudos demonstram que a idade materna, escolaridade dos pais (principalmente da mãe), renda da família, trabalho materno fora do lar, coabitação com pai, são variáveis determinantes para a amamentação. Este estudo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre a influência dos determinantes sociais da saúde na prática do aleitamento materno e discutir sobre os determinantes sociais da saúde e prática do aleitamento materno exclusivo no litoral do Paraná. Para isso foi realizada uma busca nas bases de dados: *Scientific Eletronic Library On-line* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System* Online Medline) por artigos com texto completo disponível, publicados nos últimos cinco anos, em português pelos descritores “aleitamento materno”, “fatores socioeconômicos” e “desmame”. Após leitura e seleção dos artigos, foram selecionadas 14 referências para discussão. Também foram analisadas as porcentagens de crianças em aleitamento materno exclusivo a partir dos dados secundários disponíveis nos Cadernos de Informação de Saúde, dos 7 municípios litorâneos do Paraná presentes no Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). De acordo com estudos analisados houve relação entre a maior escolaridade materna, maior renda e maior idade como sendo fatores de estímulo ao aleitamento materno. A coabitação com o pai também foi relevante para o fortalecimento da amamentação. Os dados do DATASUS para as prevalências de aleitamento materno exclusivo foram elevados em todas as cidades litorâneas. Apesar de todo o avanço na promoção do aleitamento materno e do enfoque na sua importância, a realidade das famílias pode ser um fator de grande dificuldade para sua prática. Há necessidade de se considerar o contexto social das famílias na elaboração das políticas públicas, bem como a viabilidade das bases de dados para a tomada de decisão de tais políticas que podem estar baseadas em dados parcialmente condizentes com a realidade nacional.

Palavras chave: Amamentação. Aleitamento materno exclusivo. Questão social.

ABSTRACT

Breastfeeding is the wisest strategy natural bond, affection, protection and nutrition for children and is the most sensitive, cost-effective intervention to reduce morbidity and mortality child. Several studies show that maternal age, education parents (mainly mothers), family income, maternal employment outside the home, cohabitation with father variables are crucial to the breast-feeding. This study aimed to perform a literature review on the influence of social determinants of health in the practice of breastfeeding and discuss the social determinants of health and practice of exclusive breastfeeding on the coast of Paraná. For this was carried out a search in the databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), the Latin American and Caribbean Health Sciences Health (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online Medline) for full-text articles available in published last five years in Portuguese by the keywords "breastfeeding mother", " socioeconomic factors" and "weaning" after reading and selection articles were selected 14 (fourteen) references to discussion. Was also analyzed the percentages of children in exclusive breastfeeding from the secondary data available. Information in the Journal of Health, the seven coastal municipalities present in the database of the National Health System (DATASUS). Many studies have suggested a relationship between higher maternal schooling increased income and higher age as protective factors for breast mother. Cohabitation with his father was also relevant to the strengthening of breastfeeding. The data for the prevalence of DATASUS of exclusive breastfeeding were higher in all cities coastal, and this was questioned in this paper. Despite all the progress in promoting breastfeeding and focus on its importance, the reality of families can be a major factor difficulty in practice. It is necessary to consider the context social role of families in shaping public policy, as well as viability of databases for decision making such policies that may be based on such data is not consistent with the national reality.

Keywords: Breastfeeding. Exclusive breastfeeding. Question social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	8
3 METODOLOGIA	9
4 REVISÃO DE LITERATURA	11
4.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E A AMAMENTAÇÃO	11
4.1.1 Conceitos de Aleitamento Materno	12
4.2 DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE	12
4.3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E AMAMENTAÇÃO	15
4.4 ALEITAMENTO X QUESTÕES SOCIAIS	16
4.4.1 Escolaridade	16
4.4.2 Idade materna	17
4.4.3 Renda e trabalho materno	18
4.4.4 Coabitação com o pai	21
4.5 ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL	22
4.6 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E ALEITAMENTO MATERNO NO LITORAL DO PARANÁ	23
5 CONCLUSÃO	28
6 REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves conseqüências para indivíduos e comunidades. A Segurança Alimentar e Nutricional, deve ser estabelecida desde a gestação e ao nascer através do aleitamento. O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grande impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê quando realizada de forma efetiva (BRASIL, 2009).

Crianças menores de 2 anos são consideradas um seguimento vulnerável da população, já que passam por uma fase caracterizada por crescimento acelerado, elevada demanda nutricional e intenso desenvolvimento físico, cognitivo e motor, e precisam de cuidados especiais para assegurar todo o seu potencial genético de crescimento e desenvolvimento. Dentro desse contexto, a alimentação e a nutrição são essenciais para garantir esse crescimento e o desenvolvimento adequado, assim como baixos índices de morbi-mortalidade (SIMON *et al*, 2003; ACCIOLY *et al*, 2005).

A qualidade e a quantidade dos alimentos ofertados à criança nessa fase podem ter repercussões por toda a sua vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e a sua manutenção até os 2 anos de idade, contíguo com a adição de alimentos complementares (MASCARENHAS *et al*, 2005; SALDIVA *et al*, 2007).

O conhecimento das condições socioeconômicas e demográficas da família também é fundamental, pois as práticas de alimentação das crianças são fortemente influenciadas, dentre outros fatores, pelo ambiente e costumes familiares (SIMON *et al*, 2003; SALDIVA *et al*, 2007).

Segundo lamamoto, 1983

questão social é a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a

exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

A questão social é uma categoria que expressa a contradição fundamental do modo capitalista de produção. Contradição, esta, fundada na produção e apropriação da riqueza gerada socialmente: os trabalhadores produzem a riqueza, os capitalistas se apropriam dela. É assim que o trabalhador não usufrui das riquezas por ele produzidas, processo esse denominado apropriação desigual do produto social (IAMAMOTO, 1997). Objetivando-se traçar os determinantes dessa apropriação desigual do produto social e suas conseqüências para a Segurança Alimentar, mais especificamente relacionada à amamentação é que pauta-se este trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar revisão de literatura sobre a influência dos determinantes sociais da saúde na prática do aleitamento materno.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Discutir sobre os determinantes sociais da saúde e prática do aleitamento materno exclusivo no litoral do Paraná.

Comparar os dados encontrados nos municípios do litoral paranaense com o município referência de Curitiba.

Descrever os dados secundários do aleitamento materno exclusivo no DATASUS.

3 METODOLOGIA

Realizou-se revisão de literatura, que teve como eixo a investigação dos determinantes sociais da saúde na prática da amamentação. A busca se deu nas bases de dados: *Scientific Eletronic Library On-line* (SciELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) presentes na Biblioteca Virtual em Saúde. Na primeira fase foram selecionados 53 (cinquenta e três) artigos com texto completo disponível, publicados nos últimos cinco anos, em português que contivessem dados relacionados aos seguintes descritores “aleitamento materno”, “fatores socioeconômicos” e “desmame”. Na segunda fase, após leitura e seleção dos artigos, foram selecionados 14 (quatorze) referências para discussão.

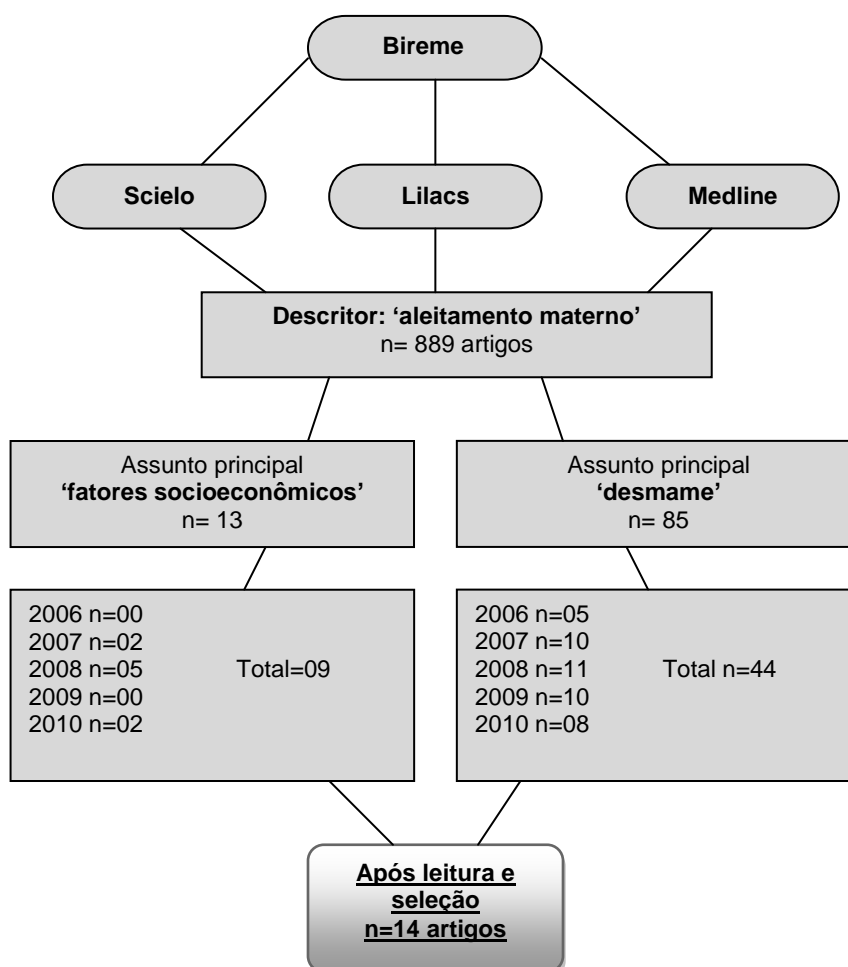


Figura 1. Fluxograma metodológico para a seleção dos artigos para análise.

A fim de alcançar o objetivo específico desta pesquisa, foram analisadas as porcentagens de crianças com aleitamento materno exclusivo a partir dos dados secundários disponíveis nos Cadernos de Informação de Saúde, presentes no Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram selecionadas informações dos 7 municípios do litoral paranaense Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná, Curitiba e a taxa do Estado do Paraná. O município de Curitiba foi incluído nesta investigação, por um lado, por ser referência nacional nas políticas de saúde da mulher e da criança, com enfoque na amamentação e por outro, pela população em geral apresentar melhores condições socioeconômicas. Desta maneira, a capital foi utilizada como parâmetro de comparação na discussão dos dados.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E A AMAMENTAÇÃO

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional definido pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional é:

Segurança alimentar e nutricional é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (CONSEA, 2004, p.04).

Para a garantia da SAN, necessariamente o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) deve ser garantido.

O DHAA “é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garanta uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva (ABRANDH, 2010, p.15).”

Dentro deste contexto de Segurança Alimentar, o aleitamento materno é a primeira forma de garantir SAN à criança. Está inserido no componente nutricional que está relacionado às práticas alimentares (onde, como e quando nos alimentamos, o que escolhemos, como preparamos e o que consumimos) porém não trata-se apenas de uma escolha em amamentar e sim, da junção de vários fatores que podem ou não colaborar para o sucesso dessa etapa (licença maternidade, garantia de emprego, direito à creche, pausas para amamentar, apoio, acolhimento, etc). A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. Para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte não só dos profissionais de saúde, mas da sua família e da comunidade. Não basta que ela opte pelo aleitamento materno. Ela deve estar inserida em um ambiente que a apoie na sua opção (BRASIL, 2009).

A questão social torna-se visível através de suas expressões como analfabetismo, violência, desemprego, favelização, fome, analfabetismo político, “profissões” sem uma segurança previdenciária, o desemprego, a fome, entre

outras. Assim é que, a questão social só se nos apresenta nas suas objetivações, em concretos que sintetizam as determinações prioritárias do capital sobre o trabalho, onde o objetivo é acumular capital e não garantir condições de vida para toda a população (MACHADO, 1999). Todos esses fatores podem de alguma forma afetar o sucesso da amamentação.

4.1.1 Conceitos de Aleitamento Materno

Segundo a Organização Mundial da Saúde as definições para aleitamento são: **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais. **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos. **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar. **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL, 2009).

4.2 DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

Determinantes sociais são definidos como as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população que estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os Determinantes Sociais em Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a

ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, já a OMS define como sendo as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007; TARLOV, 1996).

A saúde pensada não apenas no seu aspecto biológico é recente. A própria história da Organização Mundial da Saúde (OMS) teve períodos de forte preponderância de enfoques mais centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, e só em 1948 que a Constituição da OMS adotou a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, concepção esta bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença (ROSEN, 1980; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007) Após este período a retomada do tema saúde e seus determinantes sociais deu-se na Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, mas na década seguinte há um retrocesso e o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado. Somente em 2005 é que foi fundada a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas (CNDSS, 2008).

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicosociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CNDSS, 2008).

Os diversos estudos sobre os DSS e as iniquidades em saúde permitiram a construção de modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os

vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde, a CNDSS, adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead que inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, onde a camada mais proximal demonstra os determinantes individuais e as camadas mais distais, demonstram os macrodeterminantes (CNDSS, 2008).



Figura 1. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) - CNDSS, 2008.

Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo indivíduo, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer (CNDSS, 2008; EVANS, *et al*, 2001).

A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho,

disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007; CNDSS, 2008).

4.3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E AMAMENTAÇÃO

Para Almeida e Novak, 2004 a caracterização da amamentação como um híbrido natureza-cultura procura apresentar uma abordagem da amamentação como um reflexo de determinantes biológicos e condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais, buscando não reduzir a espécie humana à condição de um mamífero qualquer, biológica e socialmente falando.

Vários estudos demonstram que a idade materna, escolaridade dos pais (principalmente da mãe), renda familiar, peso do recém-nascido, trabalho materno fora do lar, coabitação com pai são fatores determinantes para a amamentação (BRASILEIRO, 2010; VOLPATO, 2009; FROTA, 2009; CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

Segundo estudo de Chaves, Lamounier e César, 2007 o peso do recém-nascido < 2.500 g foi relacionado negativamente com tempo de aleitamento materno exclusivo. O fato de recém nascidos de baixo peso serem amamentados exclusivamente por menos tempo que os demais pode ser explicado pelo fato da maior dificuldade que esses bebês apresentam para amamentar, e também pela crença, por parte de alguns profissionais de saúde, que o grande benefício para esses bebês seria o ganho ponderal mais acelerado, lançando mão, para tanto, de fórmulas infantis, farinhas, leite de vaca e açúcar.

Além disso, um ganho de peso gestacional materno insuficiente contribui para o baixo peso ao nascer do bebê. O baixo peso materno pode estar relacionado a fatores como pouca disponibilidade de alimentos devido à baixa renda.

Segundo o Boletim do Instituto de Saúde de São Paulo (2002) acredita-se que, nas áreas urbanas, uma das razões do desmame precoce é a separação da mãe de seu filho, devido à volta da mulher ao trabalho fora do lar, condição pior nas grandes cidades pela situação de transporte e distância casa-local de trabalho (BIS, 2002).

4.4 ALEITAMENTO X QUESTÕES SOCIAIS

4.4.1 Escolaridade

Estudos demonstram que a baixa escolaridade é um fator de risco para a ocorrência de desmame (BERNARDI et al, 2009; BARROS, 2009, SANTOS; SOLER; AZOUBELI, 2005). Ramos et al (2008) demonstraram que as mulheres de mais escolaridade são as primeiras a valorizar o aleitamento, talvez pela possibilidade de um maior acesso a informações sobre as vantagens do aleitamento materno (RAMOS, 2008; ESCOBAR, 2002).

Pesquisa realizada no estado de São Paulo mostrou que mulheres com baixa escolaridade e primíparas são as que têm menor chance de amamentar seus bebês exclusivamente até o sexto mês de vida (FRANÇA, 2007). Estudos tendem a evidenciar a associação direta entre o maior grau de escolaridade e melhor qualidade de assistência pré-natal e, assim, propiciar resultados mais satisfatórios no tempo da amamentação (SOUSA, 2009). Estudo realizado em Porto Alegre-RS revelou que mães com um melhor conhecimento sobre aleitamento materno tinham maior escolaridade e realizaram no mínimo, cinco consultas pré-natais (VOLPATO, 2009).

Outro estudo realizado em Tubarão, não evidenciou associação entre aquelas com maior escolaridade materna e a amamentação. Porém entre aquelas com escolaridade até 4 anos houve mais desistência de aleitamento materno que naqueles com mais de 4 anos de estudo (VOLPATO, 2009).

Segundo Brasileiro *et al*, 2010 a manutenção do aleitamento materno exclusivo além do quarto mês de vida foi maior em mães que ocupam cargos de nível superior. A literatura aponta para uma relação positiva entre mães com alto grau de escolaridade e a manutenção justificada pelo maior acesso à informação sobre os benefícios desta prática. Nas regiões brasileiras mais desenvolvidas, o

padrão de aleitamento é semelhante ao dos países desenvolvidos, ou seja, mulheres mais instruídas e de melhor nível socioeconômico, amamentam por mais tempo (FALEIROS, 2006). As mulheres com escolaridade de nível superior, seguidas das que trabalhavam na área da saúde (também no nível superior) foram as que aleitaram mais, embora as mulheres que estudaram menos de quatro anos também tivessem apresentado bons índices de amamentação (BERNARDI, 2009).

Mascarenhas et al (2005) observaram que a menor escolaridade paterna esteve diretamente associada à interrupção do aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida. É possível que pais com maior escolaridade estejam melhor informados e conscientizados sobre os benefícios da amamentação, confirmando a influência do pai sobre o processo de amamentação, geralmente subestimada pelos profissionais de saúde.

Em estudo Alves *et al*, 2007 realizado no estado de Alagoas, não encontraram relação estatisticamente significativa entre escolaridade materna e desmame precoce.

4.4.2 Idade materna

Pesquisas brasileiras mostram que as mães que obtiveram maior sucesso no aleitamento eram as mais velhas. Alguns autores relacionam a idade materna mais jovem à menor duração do aleitamento, talvez motivada por algumas dificuldades como, por exemplo, um nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes o fato de serem solteiras (ESCOBAR *et al*, 2002; FALEIROS *et al*, 2006).

Possivelmente as mulheres adultas amamentam por mais tempo por terem maior experiência e conhecimento acerca da amamentação (CHAVES, LAMOUNIER; CÉSAR, 2007; BARROS *et al*, 2009). As adolescentes aliam muitas vezes a falta de confiança em si mesmas para prover a alimentação para o seu bebê à falta de apoio das próprias mães ou familiares mais próximos, ao egocentrismo próprio dessa idade e aos problemas com a auto-imagem, alcançando, freqüentemente, um menor índice de aleitamento (ESCOBAR *et al*, 2002). As mães adolescentes constituem característica de risco para o aleitamento exclusivo (OTENIO, *et al*, 2007). No estudo de França *et al* (2007) as mães adolescentes

estavam menos dispostas a amamentar que as adultas, em entrevistas logo após o parto (FRANÇA, *et al*, 2007).

Apenas o estudo de Alves *et al* 2008 os autores não encontraram relação significativa entre idade materna e desmame precoce.

4.4.3 Renda e trabalho materno

Uma condição materna importante a avaliar no exercício da amamentação é a questão do trabalho materno, em que a mulher cada vez mais tem um papel de destaque no mercado de trabalho. A organização da sociedade tende a não favorecer essa prática, ao mesmo tempo em que culpa as mães por não amamentar, não cria ou não respeita leis trabalhistas para o amparo à maternidade (SOUSA, 2009).

Estudos demonstram que a inserção da mulher no mercado de trabalho não é causa direta do desmame precoce, embora a necessidade de trabalhar tenha se associado à interrupção do aleitamento natural (ALVES, 2007; BRASILEIRO, 2010). As necessidades familiares e segurança financeira são motivos para o trabalho fora de casa, sendo considerados fatores de risco para o desmame (FROTA, 2009). As mulheres que trabalham fora do lar, ou que têm esta intenção, ficam preocupadas com a possibilidade de a criança não se adaptar com a alimentação artificial e tendem a oferecer a mamadeira precocemente (ISSLER, 2010).

A renda familiar está associada à duração do aleitamento materno, pois melhores condições de vida propiciam nível educacional oportuno ao acesso às informações. A situação intensifica-se, principalmente, em relação àquelas que trabalham sem o amparo legal da legislação trabalhista (FROTA, 2009). O trabalho informal e o desemprego constituem características de risco para o aleitamento materno exclusivo (OTENIO, 2007).

Alguns autores referem, que o trabalho materno só não é empecilho se houver condições favoráveis à manutenção do aleitamento, como, por exemplo, respeito à licença gestante, creche ou condições para o aleitamento no local de horário do trabalho. Independentemente da ocupação da mãe, o que parece ter mais importância é o número de horas trabalhadas, sendo maiores índices de desmame quando o mesmo excede a 20 horas semanais (FALEIROS, 2006; ESCOBAR *et al*, 2002)

Estudo de Volpato (2009) demonstrou que para 41,9% das gestantes a volta ao trabalho é fator impeditivo para amamentação exclusiva até os 6 meses , com a incorporação da mulher no mercado de trabalho a prática do aleitamento diminui, 81,1% das gestantes relataram não ter conhecimento sobre as leis de proteção a nutriz, 37% das mães afirmaram que a principal causa para o abandono do aleitamento materno foi o retorno ao trabalho. As gestantes com renda familiar maior que dois salários mínimos por mês amamentaram seu último filho em média 3,4 meses, enquanto as com renda familiar menor que dois salários por mês, tempo médio de 1,6 meses (VOLPATO, 2009).

Segundo dados do Ministério da Saúde, citados por Brasileiro, 2010 houve predomínio do aleitamento materno exclusivo entre as mulheres que usufruíram do benefício da licença maternidade. Borges e Philippi acreditam que a insegurança materna, gerada pela aproximação da época de retorno ao trabalho, pode ser um fator de risco para a manutenção do aleitamento (BRASILEIRO, 2010).

Segundo estudos de Mascarenhas, 2006 bebês oriundos de famílias de baixa renda (entre um e três salários mínimos) tiveram maior chance de interromper o aleitamento exclusivo antes do terceiro mês. Este estudo relata também associação estatisticamente significativa entre trabalho materno aos 3 meses e ausência de aleitamento exclusivo nessa idade. É muito provável que isso tenha ocorrido porque, nesse período, algumas mulheres retornam da licença-maternidade, o que as afasta de seus bebês por cerca de 8 horas diárias e demonstra não só a importância da licença-maternidade, mas também da orientação para as mães ordenharem seu leite, a fim de manterem seus bebês em aleitamento mesmo em sua ausência. Segundo Santos, Soler e Azoubel (2005) há evidências que sugerem a importante participação do pai no apoio às mães durante a amamentação, as influências recebidas de pessoas do convívio social com a intenção de duração do aleitamento e a sua consistência entre a teoria e a prática.

Por outro lado, muitas mulheres vêm assumindo o papel de chefes de família, somando-se ao de mãe, voltada para as questões domésticas como saúde e educação dos filhos nos mais variados arranjos familiares de nossa sociedade. Entre outros, talvez o principal motivo tenha sido a necessidade financeira que levou a mulher a trabalhar fora de seu lar (SANTOS, SOLER e AZOUBEL, 2005).

Quanto ao fator renda em regiões mais carentes observa-se uma tendência a maior duração do aleitamento materno em crianças de família de nível sócio-econômico mais baixo, ao contrário do que acontece em regiões mais desenvolvidas, onde a duração do aleitamento materno é maior em familiar de melhor nível sócio-econômico (SILVEIRA, 2006).

O estudo de associação dos fatores inerentes à mulher com a prática do aleitamento evidenciou que o fato de pertencer às classes econômicas mais baixas (C, D, E) e morar na zona rural aumentou a prevalência do aleitamento materno, enquanto as mulheres de classes econômicas mais altas (A e B) apresentam menores prevalências de aleitamento. Alguns trabalhos têm demonstrado que o baixo nível sócio-econômico, em especial a renda familiar, reduz as taxas de aleitamento divergindo, portanto, do encontrado nesta pesquisa. A OMS relaciona o aumento da frequência de aleitamento materno ao padrão de desenvolvimento das sociedades, a qual apresenta fases de declínio e incremento da prevalência de aleitamento em diferentes momentos. Por esse raciocínio, as mulheres de melhor renda e mais escolaridade seriam as primeiras a valorizar o aleitamento, seguidas das que residem na zona rural com níveis sócio-econômicos mais baixos (RAMOS, 2008).

Em 1988, a nova Constituição Brasileira inclui pelo menos dois benefícios em prol da amamentação: o direito as mulheres empregadas no mercado formal de trabalho tem quatro meses de licença maternidade remunerada e o direito ao pai a cinco dias de licença paternidade. Além disso, quando retornam ao emprego, tem direito a dois intervalos de meia hora durante a jornada de trabalho para amamentar o bebê, até que ele complete seis meses de vida. As empresas onde trabalham pelo menos 30 mulheres, com mais de 16 anos de idade, estão obrigadas a providenciar local adequado para o cuidado dos filhos das funcionárias durante o período de amamentação, dentro da própria empresa ou mediante convênio com instituições apropriadas (OTENIO, 2007).

As leis atuais em vigor não determinam que as empresas devam dispor de creche no local de trabalho, mas que façam convênios com creches situadas em outros locais e esse recurso pode ser um entrave para amamentar o bebê durante o expediente. Mas um dado recente reflete uma grande conquista das mães trabalhadoras –, a aprovação no Senado do Projeto de Lei nº 281/2005 que amplia a

licença à maternidade de 120 dias para 180 dias, conforme prevê a Constituição Federal, para as empresas que aderirem à Proposta Empresa Cidadã. Indiscutivelmente, esse grande avanço responde em parte às inquietações de longo tempo das mães trabalhadoras, mas há de se mobilizar e sensibilizar o Estado e a sociedade para que esse benefício seja estendido a todas as mães trabalhadoras, já que é facultativa a adesão das organizações à proposta. As mulheres que usufruíam da licença maternidade, que a prevalência de aleitamento materno exclusivo até o quarto mês foi maior e mais significativo e mostraram que o respaldo legal adquirido em políticas de proteção ao aleitamento materno é favorável (SOUSA, 2009).

4.4.4 Coabitação com o pai

A falta de incentivo do cônjuge e de parentes pode favorecer o desmame precoce (ALVES, 2007). Diversos autores mostram a importância da presença do companheiro como um fator de apoio à instalação e manutenção da prática do aleitamento (BRASILEIRO, et al, 2010; FALEIROS, 2006). Num grupo de crianças cujos pais eram bastante favoráveis ao aleitamento, verificou-se que 75% eram aleitadas exclusivamente e 98% delas pelo menos parcialmente. Comparando-se com as crianças cujos pais eram indiferentes ou desfavoráveis, a taxa de aleitamento materno exclusivo caiu para 7,7% (FALEIROS, 2006; ALVES, 2008). As mulheres sem companheiro têm risco 17% maior de amamentar seus filhos por menos tempo (BERNARDI, 2009).

Estudos evidenciam que há maior prevalência e maior duração do aleitamento materno entre as mulheres que convivem com o companheiro e entre as crianças que residem juntamente com o pai (BARROS, 2009; SILVEIRA e LAMOUNIER, 2006; UCHIMURA et al, 2001). Littman *et al*, 1994 demonstraram que, quando os pais aprovavam intensamente a amamentação, 98,1% das crianças eram amamentadas, enquanto apenas 26,9% eram amamentadas quando o pai era indiferente. Deve-se considerar que a influência do pai sobre o aleitamento materno geralmente é subestimada e a chance de uma criança desmamar precocemente é 1,46 vezes maior na ausência do pai (SILVEIRA, 2006).

Profissionais de saúde não se preocupam com a preparação dos futuros pais, que normalmente não participam de consultas de pré-natal, grupos operativos

e outras ações (SILVEIRA e LAMOUNIER, 2006). Segundo Sousa (2009) é importante enfatizar que, durante a assistência pré-natal, avós, pais ou outros familiares envolvidos nesse processo participem das atividades educativas ou das próprias campanhas de estímulo ao aleitamento materno, na tentativa de criar um ambiente social favorável à amamentação.

É no espaço familiar que as mulheres procuram acolhimento e ajuda para a organização das tarefas domésticas e maternas, ajuda que tradicionalmente advém de mães, avós, sogras, irmãs, cunhadas e amigas. Considerando a família como parte essencial do cuidado na amamentação, constitui-se estratégia concreta abordar possíveis situações que estejam prejudicando o aprendizado e o estímulo à amamentação (VOLPATO, 2009).

A pesquisa realizada por Buchala e Moraes (2005) verificou que o apoio do companheiro é importante para superar as dificuldades presentes no ato de amamentar (BARROS, 2009). Tanto o apoio social e econômico, como o emocional e o educacional parecem ser muito importantes, sendo o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de apoio (ESCOBAR *et al*, 2002).

4.5 ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou que a mediana de tempo de aleitamento materno exclusivo no Brasil foi de 54,1 dias (1,8 meses) e de aleitamento materno foi de 341,6 dias (11,2 meses). Na mesma pesquisa observou-se que o início do processo de desmame ocorre precocemente – dentro das primeiras semanas ou meses de vida –, com a introdução de chás, água, sucos e outros leites e progride de modo gradativo. Cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada e frutas. Na faixa etária de 6 a 9 meses, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9%, verduras/legumes. Em relação ao consumo de alimentos não saudáveis, observou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre crianças de 9 a 12 meses (MS, 2009). Pode-se afirmar que o processo de introdução de alimentos complementares

não é oportuno, podendo ser inadequado do ponto de vista energético e nutricional. (BRASIL, 2010).

Os dados da pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde, em 2008, mostram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses foi de 41% e em menores de 4 meses, 51,2% ou seja, observa-se um indício de que existe a introdução de alimentos líquidos ou sólidos em momento não oportuno (BRASIL, 2009). Alguns estudos pontuais realizados no país evidenciaram a introdução precoce de alimentos (OLIVEIRA et al., 2005; BRUNKEN et al., 2006; SIMON et al., 2007). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS mostrou que a duração mediana de aleitamento materno exclusivo no Brasil é 2,2 meses e de aleitamento materno é de 14 meses. (BRASIL, 2010).

Dados do Ministério da Saúde em 2009 mostram que, em média, 9,3% das mulheres brasileiras amamentam seus filhos de forma exclusiva até o sexto mês de vida (BRASILEIRO *et al*, 2010).

O desmame ou introdução de outros alimentos é justificado por: deficiência orgânica da mãe, problema com o bebê, atribuição de responsabilidade à mãe, mudanças na estrutura familiar, nível socioeconômico, grau de escolaridade, idade, trabalho materno, urbanização, condições de parto, incentivo do cônjuge e de parentes e a intenção da mãe de amamentar, demonstrando associação entre fatores maternos, do recém-nascido e o contexto em que se encontram (FROTA, *et al*, 2009).

Cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família (BRASIL, 2009).

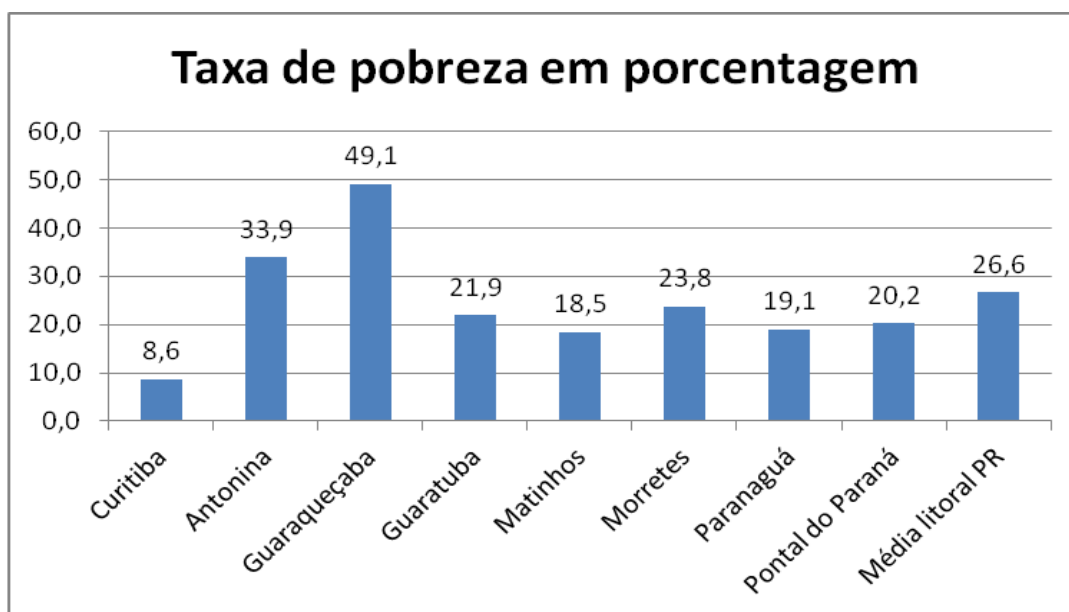
4.6 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E ALEITAMENTO MATERNO NO LITORAL DO PARANÁ

O litoral paranaense é composto de sete cidades litorâneas com um conjunto de realidades socioeconômicas distintas. Trata de uma região com valiosos remanescentes naturais com grande potencial econômico e atividades em

expansão, mas, no conjunto, a região permanece subdesenvolvida; e que, sendo uma das regiões mais pobres do estado (ESTADES, 2003).

Destaca-se que o município de Paranaguá detém a maior parte da atividade econômica da região, com a maior renda *per capita* e conseqüentemente uma das menores taxas de pobreza - população calculada em função da renda familiar *per capita* de até 1/2 salário mínimo (IPARDES, 2011) representado no gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Taxa de pobreza expressa em porcentagem das sete cidades litorâneas do Paraná, segundo dados do IparDES, 2011.



Conforme gráficos a seguir, dentre os fatores estudados, as sete cidades possuem em média uma renda *per capita* de R\$ 237,47, apresentam Índice IparDES de Desempenho Municipal (IPMD) médio de 0,60 sendo considerado um valor mediano, sendo que o quanto mais próximo de 1 é o valor, maior o nível de desempenho do município. Este indicador é avaliado por meio das áreas do desenvolvimento econômico e social como emprego, renda e produção agropecuária, educação e saúde.

Gráfico 2-Renda *per capita* expressas em reais, das sete cidades litorâneas do Paraná, segundo dados do Ipdar, 2011.

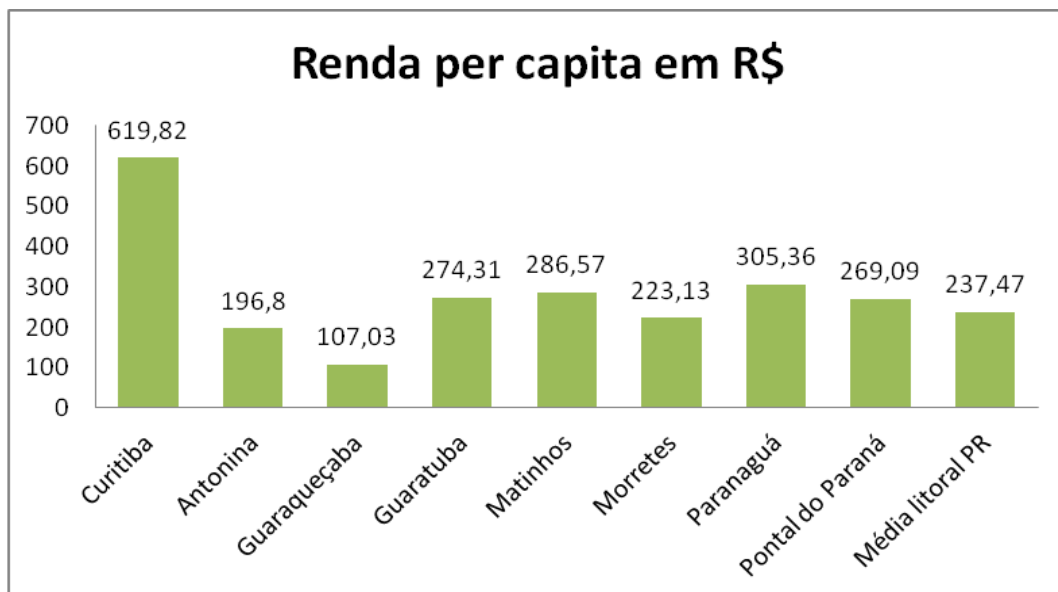
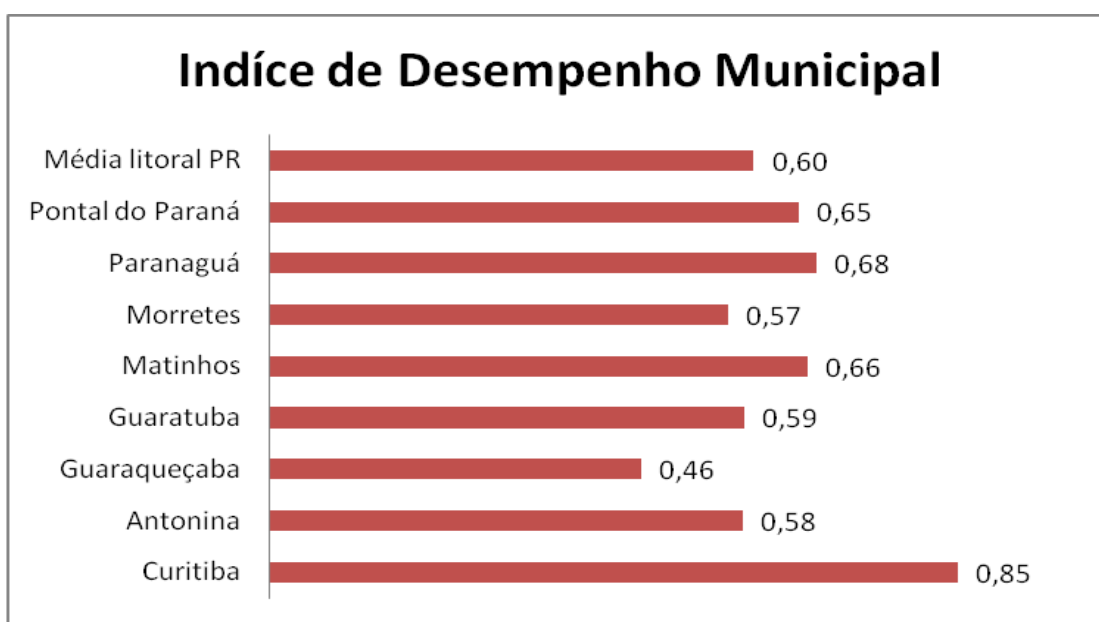


Gráfico 3 - Índice de Desempenho Municipal das sete cidades litorâneas do Paraná, segundo dados do Ipdar, 2011.



Com relação ao índice de crianças com Aleitamento Materno Exclusivo (AME), a partir de informações coletados do DATASUS de 2006 a 2009, estes dados, em comparação com as pesquisas nacionais, se mostraram discrepantes. Enquanto a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses no Brasil segundo a PNDS 2008 é de 41% e em menores de 4 meses, 51,2%, os

dados do DATASUS para o mesmo ano apontam para a prevalência nacional do aleitamento exclusivo de 73,9% valor este muito divergente da PNDS. Tal dado mostra-se questionável, pois pode apontar para um dado superestimado, visto que pesquisas recentes não encontram na realidade brasileira prevalências tão altas. Dados do Ministério da Saúde em 2009 mostram que, em média, 9,3% das mulheres brasileiras amamentam seus filhos de forma exclusiva até o sexto mês de vida (BRASILEIRO et al, 2010).

TABELA 3. Porcentagem de crianças com aleitamento materno exclusivo (AME) de 2006 a 2009, segundo dados da SIAB, no Brasil, Paraná, Curitiba e municípios do litoral do Paraná*.

% AME	2006	2007	2008	2009	Média dos 4 anos
Brasil	72	73,1	73,9	73,6	73,2
Paraná	79,7	79,1	79,3	79,0	79,3
Curitiba	83,4	82,4	81,3	81,9	82,3
Antonina	73,8	62,1	57,4	59,3	62,3
Guaraqueçaba	82,5	84,4	87,3	83,4	84,4
Guaratuba	97,6	-	80,8	85,1	87,8
Matinhos	89,5	87,0	80,7	84,1	85,3
Morretes	83,2	69,9	73,5	-	75,5
Paranaguá	59,4	70,9	73,8	77,5	70,4
Pontal do Paraná	79,8	79,9	85,0	86,1	82,7
Média dos 7 municípios litorâneos	80,8	75,7	76,9	79,3	78,5

*Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos - situação da base de dados nacional em 22/02/2010

Da mesma forma, os sete municípios do litoral paranaense aparecem nos cadernos de atenção básica do SUS com média de prevalência de AME de 78,5% nos entre 2006 a 2009. Dentre os sete municípios provavelmente Antonina é o município que mais condiz com a realidade com média de prevalência de 62,3%, considerando os determinantes socioeconômicos destes municípios.

Atualmente não foram localizadas pesquisas que analisem a viabilidade dos dados do DATASUS que é alimentado através dos municípios nos sistemas de informação. A possibilidade dos dados não serem retratos da realidade é

preocupante, pois tais dados deveriam dar subsídio para a tomada de decisões nas políticas públicas locais e nacionais. Tal preocupação mostra-se maior em dois anos que não há informação, ou seja, os municípios não inseriram as percentagens no banco de dados do SUS (ano de 2007 no município de Guaratuba e no ano de 2009 em Morretes). Outro fator relevante que deve ser destacado é que os dados não relacionam até que idade se deu este aleitamento materno exclusivo, pois se estes dados foram coletados no primeiro mês a possibilidade das prevalências serem maiores é grande em comparação com ao final do sexto mês, pois muitas mães começam a amamentar, mas não permanecem no decorrer dos demais meses.

Relacionando os dados do DATASUS aos do IPARDES era esperado encontrar maiores prevalências de AME nas cidades com melhores índices como Paranaguá e Matinhos, porém as prevalências foram similares as demais cidades, inclusive com Guaraqueçaba tendo no ano de 2009, 83,4% de AME ao mesmo tempo em que é a cidade com menor IPDM, menor renda *per capita* e maior taxa de pobreza, fato este que também colabora para a discussão da fidedignidade dos dados que são fornecidos pelos municípios aos sistemas de informações estaduais e nacionais.

5 CONCLUSÃO

Apesar de ter havido um crescimento nítido na frequência e duração da amamentação nas últimas décadas, o quadro ainda é preocupante, com números bem aquém da recomendação da OMS (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006).

Com este trabalho foi possível concluir que apesar de todo o avanço na promoção do aleitamento materno e do enfoque na sua importância, a realidade das famílias pode ser um fator de grande dificuldade para sua prática. Há necessidade de se considerar o contexto social das famílias na elaboração das políticas públicas, bem como a viabilidade das bases de dados para a tomada de decisão de tais políticas que podem estar baseadas em dados não tão condizentes com a realidade nacional.

Aponta-se como de fundamental importância para o fortalecimento da atenção primária da saúde e efetivação dos princípios do SUS no litoral do Paraná, a necessidade da realização de pesquisas epidemiológicas que analisem a prevalência e fatores associados ao aleitamento materno e aleitamento exclusivo no primeiro e sexto mês de vida da criança, já que os dados secundários presentes no DATASUS se mostram dissonantes da literatura científica até então realizada sobre amamentação e fatores socioeconômicos.

6 REFERÊNCIAS

AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS- ABRANDH. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: ABRANDH, 2010. 204p

ACCIOLY, E. *et al.* **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 3ª ed: 147 e 257, 2005.

ALMEIDA J.A.G, NOVAK F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J Pediatr (Rio J)** n. 80: 119-125,2004

ALVES A.M.L.;SILVA,E.H. de A. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Rev Soc Bras Fonoaudiol** v.12, n.1:23-8, 2007

ALVES,C.R.L. *et al.* Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 n.6:1355-1367, 2008

BARROS, V.de.O., *et al.* Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. Nutríre:**Rev Soc. Bras. Alim. Nutrc.**, São Paulo, SP, v.34, n. 2, p.101-114, 2009

BENARDI, J.L.D.; JORDÃO,R.E.;BARROS FILHO,A.de A.Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo.**Rev Nutr,Campinas**,n. 226:867-878, 2009

BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE- BIS. **Aleitamento Materno**. São Paulo,SP; n. 27, 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno do Tutor**. Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília :Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica**.Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília :Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Caderno de Atenção Básica, nº 23 Brasília-DF, 2009

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Departamento de Informática do SUS – DATASUS- Caderno de Informação de Saúde, Estado do Paraná - Indicadores da Atenção Básica. Brasília:Ministério da Saúde, 2011

_____.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Departamento de Informática do SUS – DATASUS- Caderno de Informação de Saúde, Municípios de Antonina, Curitiba, Guaraqueçaba, Matinhos, Morretes, Paranaguá, Pontal do Paraná - Indicadores da Atenção Básica. Brasília:Ministério da Saúde, 2011

BRASILEIRO A.A. *et al.* Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,n. 26:1705-1713, 2010

BRUKEN, G.S. *et al.* Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **J Pediatría** (Rio de Janeiro) n. 82:445-51,2006

BUSS,P.M; PELLEGRINI FILHO,A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,n. 17:77-93, 2007

CHAVES,R.G; LAMOUNIER,J.A; CÉSAR,C.C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **J Pediatría**, n. 3,v. 83 Porto Alegre, Mai/Jun. 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE-CNDSS.**As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**, abril, 2008

CONSEA. **Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-CONSEA, 2004.

ESCOBAR,A.M.U. *et al.* Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saúde Mater Infant**,n. 3,v. 2 Recife, Set/Dez, 2002.

EVANS,T *et al.* **Challenging inequities in health from ethics to action**.Oxford. Oxford University Press,2001

FALEIROS, F.T.V.; TREZZA,E.M.C;CARANDINA,L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.** , Campinas, n. 5, v. 19, 2006.

FRANÇA G.V.A. *et al.* Determinantes da amamentação em Cuiabá-MT **Rev Saúde Pública**;n. 41:711-18, 2007

FROTA, M.A. *et al*,Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. Rene. Fortaleza**, n. 3,v.10, p. 61-67, jul./set.2009

IAMAMOTO,M.V. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997

IAMAMOTO,M.V; CARVALHO,R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, Cortez, 1983

IPARDES. **Caderno estatístico**. Municípios de Antonina, Curitiba, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá, Pontal do Sul. Curitiba: IparDES, 2011.

ISSLER, H. *et al.* Fatores socioculturais dos desmame precoce:estudo qualitativo. **Pediatria**, São Paulo, n 2, v. 32:113-120, 2010

LITTMAN, H. *et al.* The decision to breastfeed: the importance of fathers' approval. **Clin Pediatr**; v.33:214-9, 1994.

MACHADO, E. M. Questão Social: Objeto do Serviço Social? **Serviço Social em Revista** : Editora da Universidade Estadual de Londrina: Londrina, 1999

MASCARENHAS, M.L.W. , *et al.* Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **J Pediatria**, n. 4, v.82, 2006.

OLIVEIRA, L.P.M de. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,n. 21:1519-1530, set-out, 2005

OTENIO, C.C.M. *et al.* Aspectos associados à amamentação e desmame em crianças atendidas no programa bebê-clínica em Bandeirantes-PR. **Salusvita**, Bauru, n. 2, v.26 p.45-53,2007

RAMOS,C.V *et al*, Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 8, v.24:1753-1762,2008

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

SALDIVA, S.R.D.M. *et al.* Práticas Alimentares de Crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **Jornal de Pediatria**, n. 1,v. 83, 2007.

SAN.**Trajetória e Relatos da Construção de uma Política Nacional**.Brasília-DF, 2008.

SANTOS,V.L.F; SOLER,Z.A.S.G;AZOUBEL,R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. Recife: **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, jul./set., 2005.

SILVEIRA,J. F.D.; LAMOUNIER, J. A.Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, n.1, v. 22:69-77,2006

SIMON,V.G.N.;SOUZA,J.M.P.de;SOUZA,S.B.de. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Rev. Brasileira. Epidemiologia**, n.1, v.6,2003

SOUSA,L.M.de, *et al.* Desafios na promoção do aleitamento materno,**Brasília Med**, n.2, v. 46:131-139,2009

TARLOV, A. Social determinantes of health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.;BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Ed.). Health and social organization. London: Routledge, 1996.

UCHIMURA,N.S.Estudo dos fatores de risco para o desmame.**Acta Scientiarum**, Maringá, n.3,v, 23 p.713-718,2001

VOLPATO, S.E., et al, Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré- natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, n.1, v. 38, 2009